

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Correo electrónico</b>
---------------	-----------------	---------------------------

Fecha de nacimiento

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN POSTAL

Street Address	Apartment/Unit #/Floor (if applicable)
----------------	--

City	State	Zip Code	County
------	-------	----------	--------

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIO

Verifique aquí si la dirección de servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si es el mismo, no llene a continuación.

Dirección de la calle	Apartamento/Unidad #/Piso (si corresponde)
-----------------------	--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

### DEMOGRAFÍA INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Es la persona responsable de las facturas del hogar)  Sí  No

Estado civil de cabeza de familia  Casado  Soltero  Separados/Divorciados  Viudo/a

Edad del jefe de familia  18-49  50-59  60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los EE. UU.?  Sí  No

Género del jefe de familia  Masculino  Hembra  Otro  Negarse a responder

Raza de cabeza de familia  Nativo de Alaska  Amerindio  Asiático  Negro o afroamericano

Raza mixta  Nativo de Hawái  Otros isleños del Pacífico  Blanco  Negarse a responder

Etnia del jefe de familia  Hispano o latino  Ni hispanos ni latinos  Otro  Negarse a responder

Otras características del jefe de hogar  Ninguno  Padres solteros  Abuelo con hijo  
 Viudo/a  Otro \_\_\_\_\_

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

### DEMOGRAFÍA

#### APPLICANT INFORMATION (Fill out only if Applicant is not Head of Household)

**Estado civil del solicitante**       Casado       Soltero       Separados/Divorciados       Viudo/a

**Edad del solicitante**       18-49       50-59       60+

**¿Es el solicitante un veterano de los EE. UU.?**       Sí       No

**Género del solicitante**       Masculino       Hembra       Otro       Negarse a responder

**Raza del solicitante**       Nativo de Alaska       Amerindio       Asiático       Negro o afroamericano  
 Raza mixta       Nativo de Hawái       Otros isleños del Pacífico       Blanco       Negarse a responder

**Origen étnico del solicitante**       Hispano o latino       Ni hispanos ni latinos       Otro       Negarse a responder

**Otras características del solicitante**       Ninguno       Padres solteros       Abuelo con hijo       Viudo/a  
 Otro \_\_\_\_\_

Edad del solicitante 65+       El solicitante recibe SSD       Alquilar       Poseer

**¿Cuánto tiempo llevas viviendo en tu residencia actual?** \_\_\_\_\_

**¿Cómo se calienta la residencia?**       Gas       Eléctrico       Aceite       Propano       Otro \_\_\_\_\_

**Número de personas que viven en el hogar (por edad)**  
 0-6 Años \_\_\_\_\_      7-17 Años \_\_\_\_\_      18-49 Años. \_\_\_\_\_      50-59 Años \_\_\_\_\_      60+ Años \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**Total de adultos (18+ años) en el hogar** \_\_\_\_\_      **¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar?** \_\_\_\_\_

**Número de adultos que no tienen ingresos** \_\_\_\_\_      **Ingreso mensual bruto para todo el hogar** \_\_\_\_\_

**Fuente de ingresos**       Empleo       Pensión       Seguro Social con Medicare       Seguro Social sin Medicare  
 Disability       Desempleo       Manutención de los hijos       Ingresos por alquiler       Otro \_\_\_\_\_

**Ingresos de cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)**  
 Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Si otros miembros del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.**

### INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Número de teléfono \_\_\_\_\_  Móvil  Hogar     
 Número de teléfono \_\_\_\_\_  Móvil  Hogar

Acepto recibir mensajes de texto SMS relacionados con mi solicitud u otra asistencia para la que pueda ser elegible.

**¿Por qué necesitas ayuda?**   
  Médico/Salud   
  Desempleado   
  Reducción de horas/Cambio de empleo

Otro \_\_\_\_\_

**¿Cómo te enteraste de SHARES?**

Referencia de la compañía de servicios públicos   
  Organización Comunitaria   
  Amigo

Funcionario electo   
  Evento de SHARES   
  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE UTILIDADES

	Número de cuenta de servicio público	Saldo de la factura de servicios públicos
---	--------------------------------------	---

**LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.**

#### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

*La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia con SHARES se utiliza para facilitar una solicitud de asistencia. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:*

*Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos a SHARES con el fin de procesar mi solicitud de SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de SHARES sea firmada.*

<b>Firma del solicitante</b>	<b>Fecha</b>
------------------------------	--------------

**New Jersey American Water  
 Recertificación de Universal Affordability Discount Program**

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA		
<b>Fecha</b>	<b>Nombre del agente/representante</b>	<b>Nombre y ubicación de la agencia</b>

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_